Beitrag zur Lehre des Pemphigus.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 28. Mai 1895

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Max Broelemann

aus Hoerde (Westfalen).

OPPONENTEN:

Hr. Dd. med. Neuhaus.
- Dd. med. Jürgens.
- Dd. med. Feldmann.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535723_0183

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Unter allen Hautkrankheiten ist wohl der Pemphigus immer diejenige gewesen, welcher seit alters die Ärzte die grösste Aufmerksamkeit und das lebhafteste Interesse geschenkt haben. Fragen wir uns nach dem Grunde dieser Thatsache, so glaube ich, ist derselbe einmal in der Seltenheit und Mannigfaltigkeit der Erkrankung zu suchen, dann aber auch darin, weil der Pemphigus eine der wenigen Hautaffectionen ist, deren Prognose zum mindesten sehr zweifelhaft, um nicht zu sagen schlecht ist, und die jeder auch nur einigermaassen wirksamen Therapie die grössten Schwierigkeiten in den Weg legt, weil die Ätiologie der Krankheit trotz aller in diesem Sinne angestellten Versuche noch in Dunkel gehüllt ist.

Bezeichnen wir nun jede Blasenbildung auf der Haut mit Pemphigus? Nein, denn es wird z. B. keinem einfallen, Blasen, die durch äussere mechanische oder chemische Reize auf der Haut entstehen, wie solches ja bei Verbrühungen oder bei der Anwendung eines Blasenpflasters immer der Fall ist, als Pemphigus-Blasen anzusprechen; ebenso wenig wie wir diejenigen Blasenbildungen pemphigös nennen können, die zufällig bei irgend einer anderen Krankheit auftreten. So geht ja, wie schon der Name sagt, das Erysipelas bullosum mit Blasenbildung einher, aber diesselbe ist accidentell und rührt daher, dass sich eine grössere Menge Flüssigkeit zwischen Cutis und Epidermis ansammelt. Ebenso

kommt es bei schwerer Urticaria und dem so seltenen Erythema exsudativum multiforme zuweilen zu Blasen-eruptionen, ohne dass man dieselben als pemphigös bezeichnen könnte, eben aus dem Grunde nicht, weil die Blasenbildung nur eine accidentelle ist, die nicht notwendigerweise mit der Krankheit verbunden sein muss.

Um aber von Pemphigus sprechen zu können, muss die Blasenbildung das eigentliche Wesen der Krankheit ausmachen, sie muss in chronischer Weise auftreten und ebenso verlaufen, wobei die Blasen entweder während der ganzen Krankheitsdauer vorhanden sind oder aber auch in mehr oder weniger grossen Intervallen vollständig fehlen, um dann wieder von neuem zu erscheinen. So giebt Kaposi folgende Definition des Pemphigus: „Zum Charakter des Pemphigus gehört im Sinne Hebra's neben der bullösen Form der Efflorescenzen auch der chronische Verlauf, derart, dass die Blasen in continuierlichen oder periodisch sich wiederholenden Ausbrüchen erscheinen."

Hiernach dürfte also der Pemphigus acutus gar nicht zu den eigentlichen Pemphigus-Formen gerechnet werden, und in der That giebt es einige Autoren, welche behaupten, dass der Pemphigus acutus nichts mit der eigentlichen Hautkrankheit Pemphigus zu thun habe. Sie nennen diese Erkrankung infolge dessen auch gar nicht Pemphigus, sondern, weil sie mit Fieber und Blasenausbrüchen einhergeht, Febris bullosa. Ich will es dahingestellt sein lassen, inwieweit eine solche Unterscheidung berechtigt ist oder nicht. Die grösste Zahl der beobachteten Fälle von acutem Pemphigus betrifft Kinder unter 4 Jahren oder Neugeborene, nur selten werden auch Erwachsene davon befallen und dann sind es meistens schwangere Frauen, die dann bei jeder neuen Schwangerschaft wieder an Pemphigus erkranken.

Die Krankheit dauert selten länger als 3 Wochen, es müssten denn ausnahmsweise immer neue Nachschübe auftreten.

Dieser acuten Form des Pemphigus steht der eigentliche Pemphigus (Pemphigus chronicus) gegenüber, dessen Bild und Verlaufsweise so mannigfaltig sein können, dass man früher eine grosse Menge verschiedener Arten desselben aufstellte, H. Martius unterschied nicht weniger als 97 Formen. Heute teilt man den chronischen Pemphigus in 2 Kategorien ein, in den Pemphigus vulgaris und den Pemphigus foliaceus.

Bei dem ersteren „machen die einzelnen Blasen einen typischen Entwickelungs- und Rückbildungsgang durch, welcher damit endet, dass an ihrer Basis vollständiger Ersatz der Epidermis, Überhäutung, erfolgt."

Bei dem zweiten zeigen schon die Blasen an und für sich ein anderes Aussehen, sie sind nicht so prall gespannt, sondern mehr schlaff und mit trüber eitriger Flüssigkeit erfüllt. Dann aber, und dieses ist der Hauptunterschied, bildet sich an den Stellen, wo Blasen gesessen haben, nicht wieder neue Epidermis, sondern die Haut geht in einen excoriierten Zustand über, indem das Corium über weite Strecken, oft über den ganzen Körper hin, vom Scheitel bis zu den Zehen rot und nässend blossliegt, bis die Patienten schliesslich unter den unsäglichsten Qualen und Schmerzen oft erst nach monatelangem Leiden ihr Leben aushauchen. Die Prognose des Pemphigus vulgaris ist nicht so ungünstig, wenn auch im Beginn der Erkrankung immerhin zweifelhaft. Interessant ist in dieser Beziehung die von Lewin gemachte Beobachtung:

Führt man nämlich auf der Haut eines Pemphigus-Kranken einen vasomotorischen Strich aus, so können dreierlei Erscheinungen auftreten, in gutartigen Fällen

tritt nur eine gewöhnliche Urticaria factitia und zwar in geringem Grade auf, in schwereren Fällen schneidet der zur Ausführung des Experimentes gebrauchte Nagel auch schon bei leichtem Hinüberstreichen derartig ein, dass ein entsprechender Einriss der Haut entsteht und aus diesem sich eine seröse Flüssigkeit entleert, in sehr schweren Fällen ist diese seröse Flüssigkeit blutig gefärbt. Diese Versuche sind also prognostisch von grosser Bedeutung.

Nach dieser kurzen Schilderung der verschiedenen Pemphigus-Formen komme ich wieder zu dem Hauptsymptom der Krankheit, den Blasen. Diese unterscheiden sich anatomisch von den bei anderen Krankheiten, wie Herpes, Eczem, Variola, vorkommenden durch ihren viel oberflächlicheren Sitz in der Haut. Ihre Decke wird von den obersten Hornzellenschichten gebildet, ihre Basis besteht aus der Cylinderschicht und den Zapfen des Rete Malpighii, wodurch die Blase gleichsam in mehrere Kammern geteilt wird, deren Wände jedoch später bei stärkerer Flüssigkeitsansammlung häufig gesprengt werden, so dass dann ein einziger grosser Raum entsteht. Wegen der oberflächlichen Lage der Blasen kann es also auch nie, wie z. B. bei der Variola, zur Narbenbildung kommen, mag der Process auch noch so lange dauern und sich über weite Strecken der Haut verbreiten.

Bezüglich der Histologie der Blasen gehen die Ansichten der Autoren noch weit auseinander. So meint Simon, bei der Blase des Pemphigus vulgaris handle es sich „um eine Loslösung des Stratum lucidum mit Erweiterung der Gefässe, Injection der Papillen und Abplattung der den Boden bildenden Retezellen“. Neumann hat eine Verdickung der Bindegewebsbündel der Cutis gefunden, Trübung der Retezellen, Vergrösserung der

Schweissdrüsen mit Erweiterung der Ausführungsgänge derselben. Während Auspitz keine Veränderung entzündlichen Ursprungs beobachtet haben will, sondern die Blasenbildung auf eine Wachstumsanomalie der Epidermis zurückführt, „welche sich durch mechanische Loswühlung der jüngeren Epidermisschichten in Form von matschen Blasen oder in nicht deutlich umschriebenen, flächenartig ausgedehnten Bezirken kundgiebt," haben Andere (Haight, Leloir) die obersten Coriumschichten zellig infiltriert gefunden, wieder Andere (Renaut, Chambard) sprechen von einer Infiltration und Dilatation der Gefässe.

Was nun den Inhalt der Blasen anbetrifft, der immer Gegenstand der sorgfältigsten mikroskopischen sowohl wie chemischen Untersuchung gewesen ist, in der Hoffnung, auf diese Weise vielleicht das Dunkel in der Ätiologie des Pemphigus etwas lichten zu können, so weichen auch hierin wieder die Resultate der verschiedensten Forscher mehr oder weniger von einander ab. Die meisten jedoch stimmen darin überein, dass der Blaseninhalt grosse Ähnlichkeit mit dem Blutserum und fast dieselbe Zusammensetzung hat, wie der anderer durch Hitze oder Blasenpflaster hervorgerufenen Blasen.

Mikroskopisch hat man sowohl weisse wie rote Blutkörperchen gefunden, auch einzelne Epithelzellen und körnige Zerfallsproducte und in neuerer Zeit Schizomyceten (Coccen und namentlich Bacterien). Im übrigen ist es eine alkalisch reagierende Flüssigkeit, die sich beim Kochen trübt, also Eiweiss enthält, ferner sind im Blaseninhalte nachgewiesen Harnstoff, Fette und eine Reihe von Substanzen, die in einigen Fällen vorkommen, in anderen wieder fehlen, wie Harnsäure, milchsaures Natron, Leucin und Tyrosin.

Unter allen diesen Bestandteilen des Blaseninhaltes

waren es namentlich die Coccen und Bacterien, denen man eine ätiologische Bedeutung für den Pemphigus acutus wenigstens zuschreiben zu müssen glaubte, besonders da manche Pemphigus-Fälle „durch das Plötzliche und Unvermittelte des Ausbruches und den rapiden deletären Verlauf den Eindruck machen, als müsste eine Infectionskrankheit vorliegen". Mit den gefundenen Mikroorganismen wurden die verschiedensten Züchtungs- und Impfversuche angestellt. So fand Demme sowohl im Blaseninhalte, wie im Blut und Harn Diplococcen, welche sich, auf Tiere überimpft, zwar pathogen erwiesen, doch riefen sie nur pneumonische Erkrankungen nicht Pemphigus hervor. Sehr interessant in dieser Beziehung ist ein Versuch, der in der Heubner'schen Kinderklinik zu Leipzig angestellt wurde.

Es handelte sich um einen Fall von Pemphigus neonatorum. Der Blaseninhalt wurde sehr sorgfältig untersucht und es fand sich in demselben der Staphylococcus aureus. Ein Praktikant der Klinik legte hiervon eine Cultur an, impfte sich von dieser etwas in den Arm und bekam zum Erstaunen aller ebenfalls Blasen, die allerdings keine grössere Ausdehnung annahmen, denn es zeigten sich nur wenige in der nächsten Umgebung der Impfstelle. Ob aber in diesem Falle wirklich der Staphylococcus aureus als die eigentliche Materia peccans anzusehen ist, ist sehr fraglich, wahrscheinlich werden noch andere Umstände bei der Blasenbildung mitgespielt haben. In ähnlicher Weise gelang es Dähnhardt, Gibier, Spillmann, Strelitz u. A. zwar Mikroorganismen aus dem Blaseninhalte herauszuzüchten, doch vermochten sie durch Culturen derselben nicht wieder Pemphigus hervorzurufen, so dass wir nicht berechtigt sind, einen der gefundenen Organismen als pathogen für Pemphigus zu halten.

Es ist also bis auf den heutigen Tag noch eine offene Frage, ob es sich beim Pemphigus acutus um eine Infectionskrankheit handelt oder nicht. Für die Annahme einer solchen spricht, wie schon oben erwähnt, der Umstand, dass der Pemphigus acutus, wie alle bekannten Infectionskrankheiten, nach kurzem Prodromalstadium unter Schüttelfrost mit einer Temperatursteigerung bis zu 40° und darüber beginnt; gegen die Annahme einer Infectionskrankheit aber lässt sich ins Feld führen, dass es bis jetzt trotz der sorgfältigsten Untersuchungen noch nicht gelungen ist, einen Mikroorganismus aufzufinden, der sich in jedem Falle von acutem Pemphigus im Blaseninhalte oder im Blut oder Urin fände und welcher imstande wäre, beim Überimpfen auf Tiere oder Menschen in jedem Falle wieder Pemphigus hervorzurufen.

Dagegen kommt es vor, dass sich der Pemphigus secundär an Infectionskrankheiten anschliesst; so wurden Fälle beobachtet nach Pyämie, Puerperalfieber, ulceröser Endocarditis, Scharlach, Masern, Pocken, Intermittens.

Ich komme jetzt zu der Vorstellung, die namentlich gegen Ende des vorigen Jahrhunderts von Braune und später wiederholt ausgesprochen ist, nämlich dass es sich beim Pemphigus um chemische oder mechanische Störungen der Harnsecretion handle, indem die im Blute zurückgehaltenen Excretionsstoffe von der Haut als dem vicariierenden Organe der Nieren ausgeschieden würden und dort durch Reizung Pemphigusblasen hervorriefen. Veranlassung zu dieser Vorstellung gab natürlich der Umstand, dass von einigen Forschern die oben angeführten Harnbestandteile im Blaseninhalte nachgewiesen wurden, sowie das Zusammentreffen von Nierenerkrankungen mit Pemphigus.

Steiner beschreibt einen solchen Fall mit periodischer

Hämaturie. Aber wenn die Harnbestandteile zum Pemphigus in ätiologischer Beziehung stehen sollen, müssten sie sich in jedem Falle oder doch wenigstens in der grossen Mehrzahl derselben im Blaseninhalte finden und dieses ist keineswegs der Fall; Lewin und Salkowski haben z. B. niemals bei der Analyse des Blaseninhaltes dem Urin charakteristische Bestandteile gefunden.

Ebenso hinfällig ist die von Bamberger aufgestellte Hypothese, dass die Ausscheidung von freiem Ammoniak aus dem Blute die Ursache des Pemphigus sei; denn nach den Untersuchungen von Lewin und Salkowski findet sich freies Ammoniak weder in den Blasen noch im Blute der Patienten. Auch die Ansicht P. Frank's und Cazenave's, nach welcher Störungen in der Gallensecretion infolge von Lebererkrankungen die Entstehung des Ausschlags erklären sollten, hat sich nicht gehalten.

Hereditäre Disposition spielt in der Ätiologie des Pemphigus entschieden eine Rolle. Kaposi erwähnt einen Fall, der in seiner Klinik zur Beobachtung kam. Es handelte sich hier um einen 22jährigen Mann, der von Jugend auf an Pemphigus litt und angab, dass seine Mutter und Schwester, der Bruder seiner Mutter und einige seiner Kinder ebenfalls von der Krankheit befallen seien.

In den letzten Jahren ist man geneigt, den Pemphigus auf Erkrankungen der Nerven und Nervencentren zurückzuführen. Bedeutende Männer wie Charcot, Lewin, Leyden, Eulenburg, Benedict u. A. haben sich in diesem Sinne ausgesprochen. „Einige (Leloir, Startin) halten ihn für den Ausdruck einer Reflexneurose, Andere als das Symptom einer vasomotorischen Neurose, wieder Andere (Schwimmer und Kirchner) für eine Trophoneurose.“ Schon Hebra erwähnt in seinem Lehrbuche, dass in der langen Reihe der hysterischen Erscheinungen auch zu-

weilen Pemphigus aufträte — Pemphigus hystericus. — Er kennt Fälle, wo bei Frauen dieses Leiden als constanter Begleiter von Schwangerschaften auftrat und nach Ablauf derselben mit Eintritt der Geburt und des Wochenbetts wieder schwand. Auch existieren einige Fälle, in denen der Pemphigus kurz nach der Entbindung erschien; so hat Lewin einen Fall beobachtet bei einer Frau, die nach jeder ihrer 7 Entbindungen Pemphigus bekam. Den Pemphigus, der nach Beobachtungen von Boeck und Danielssen zuweilen bei Lepra anaesthetica entsteht, versucht man ebenfalls auf nervöse Störungen zurückzuführen. Man erklärt sich die Blasenbildung als Folge der Reizung der peripheren vasomotorischen oder trophischen Nerven durch lepröse Infiltrate.

Sehr interessant und jedenfalls nicht ohne Bedeutung für die Annahme eines nervösen Ursprungs des Pemphigus ist ein Fall, über den Mosler auf dem 9. Kongress für innere Medicin im Jahre 1890 eingehend berichtete. Es handelte sich hier um ein nervös belastetes Mädchen, das in der Kindheit an Epilepsie und Schwindelanfällen, zur Pubertätszeit an Chlorose, Dysmenorrhoe und Gelenkaffectionen mit Mitralinsufficienz gelitten hatte. Bei diesem zeigten sich alle 14 Tage Blaseneruptionen, anfangs nur der Lage der Intercostalnerven entsprechend, später auch dem Verlauf der Hautnerven des Oberschenkels und Armes folgend. Mosler sieht die Ursache in einer abnormen Innervation der Gefässe, wodurch sich ja auch die Chlorose und die früheren Schwindelanfälle erklären liessen, und hält das ganze Krankheitsbild für eine vasomotorische Neurose. Einen ähnlichen Fall schildert Ehrmann, wo bei einem 18jährigen Mädchen der Niemann'schen Klinik Blasen sich nur im Verbreitungsbezirk des Endastes des Nervus ischiadicus zeigten.

Auch nach Quetschung und Verletzung peripherer

Nerven sind typische Blaseneruptionen beschrieben. Schwimmer hat in einem Fall durch Überfahrenwerden der Schulter, wobei der Plexus brachialis eine Quetschung erlitt, im Verlauf dieser Nervenbahn zunächst einen Zoster und im Anschluss daran einen allgemeinen Pemphigus sich entwickeln sehen. Von Lewin wurde ein junges Mädchen behandelt, bei welchem nach einem Fall auf die Schulter Pemphigus im Verlauf des Plexus brachialis aufgetreten war, der sehr hartnäckig gegen jede Therapie verlief. Eine Abbildung davon habe ich selbst gesehen.

Bekannt dürfte auch die Thatsache sein, dass es häufig bei länger bestehender Myelitis und Syringomyelie zu pemphigusähnlichen Blasenausbrüchen kommt.

Nicht minder zahlreich und bedeutungsvoll, wie diese Fälle, bei denen schon zu Lebzeiten Symptome von seiten des Nervensystems nachgewiesen werden konnten, sind solche, bei denen erst die Section pathologische Veränderungen sowohl der peripheren Nerven, wie der Nervencentren ergab. Einen zu dieser Kategorie zu rechnenden Fall, der ganz enorme Veränderungen im Rückenmark aufzuweisen hatte, ohne dass vorher irgend welche nervöse Symptome bestanden, beschreibt Schwimmer. Bei demselben waren im Halsteil und Lendenmark die Goll'schen Stränge sklerosiert, es bestand zellige Wucherung um die Gefässe der hinteren Hörner und Wurzeln, sowie in den Hinter- und Seitensträngen, dazu kam eine Atrophie des rechten Vorderhorns im oberen Dorsalmark und Wucherung der Neuroglia mit Schwund der Axencylinder im hinteren Seitenstrang.

Einen ähnlichen Fall von ausgedehnter Sklerose im Rückenmark bei pemphigusartiger Dermatitis teilt P. Meyer mit. Von der Sklerose waren befallen die Goll'schen Stränge vollständig und mit ihnen zum Teil auch

die Burdach'schen nebst den Seitensträngen in der Nähe der hinteren Wurzeln des unteren Brust- und oberen Lendenmarks. Zugleich fand sich an verschiedenen Stellen eine Degeneration zahlreicher peripherer Nerven. Auch bei diesem Patienten fiel die Untersuchung des Nervensystems während des Lebens negativ aus.

Wie weit wir nun und ob wir überhaupt aus allen diesen mitgeteilten und den noch viel zahlreicheren anderswo angeführten Fällen, in denen Pemphigus mit pathologischen Veränderungen des Nervensystems vergesellschaftet ist, auf ein causales Verhältnis dieser Erkrankungen schliessen dürfen, darüber besteht noch eine solche Meinungsverschiedenheit der einzelnen Autoren, dass wir besser thun, die beiden Erkrankungen als zufällig nebeneinander bestehend aufzufassen. Für letztere Annahme fällt schwer ins Gewicht die grosse Mannigfaltigkeit der pathologischen Veränderungen des Nervensystems, denn einmal sind die Goll'schen Stränge afficiert, ein anderes Mal die Burdach'schen, dann wieder sind es die Seitenstränge oder die vorderen oder hinteren Wurzeln, bald sind schliesslich die peripheren Nerven allein oder zugleich mit dem Centrum ergriffen. Kaposi spricht seine Auffassung über diesen Punkt in folgenden Worten aus:

„Die Beziehungen von Pemphigus zu Erkrankungen der Nerven und Nervencentren sind vielfach festgestellt. Allein sie sind es vor der Hand nur im Sinne der Coincidenz, nicht der Ursache, denn einerseits stellen die der Neuritis folgenden Blasen keinen Pemphigus im klinischen Sinne dar, und andererseits sind die vorliegenden Befunde von Rückenmarkserkrankung bei typischem Pemphigus höchst variabel rücksichtlich ihres Charakters nnd ihres anatomischen Sitzes, wie dies z. B. aus den genauen Untersuchungen Babes' und Ferraro's hervorgeht."

Wie verhält es sich nun mit dem Pemphigus bezüglich vorhergegangener syphilitischer Erkrankungen? Wenn syphilitische Individuen von Pemphigus befallen werden, ist man dann berechtigt, die Syphilis als die Ursache der Blaseneruptionen anzusehen, oder handelt es sich wiederum nur um ein zufälliges Zusammentreffen dieser beiden Krankheiten? Zur Beantwortung dieser Frage muss man streng von einander trennen den Pemphigus syphiliticus neonatorum und den Pemphigus, der bei Erwachsenen nach acquirierter Lues auftritt.

Als Zeichen und Folge der syphilitischen Erkrankung eines Neugeborenen kann man den Pemphigus ansehen, der hauptsächlich an der Hohlhand und der Fusssohle localisiert ist, von wo er allerdings gelegentlich auch auf andere Partieen des Körpers übergreifen kann, aber dabei die behaarte Kopfhaut vollständig freilässt. Die Blasen sind erbsen- bis bohnengross, abgeflacht und mit Eiter gefüllt; in ihrer nächsten Umgebung ist die Haut livide verfärbt und bildet somit einen scharfen Gegensatz zu dem zarten Rosenrot der gesunden Haut. Diese Blasen treten entweder wenige Tage nach der Geburt auf oder sie sind schon während des intrauterinen Lebens vorhanden gewesen und geplatzt, in welchem Falle die Kinder dann mit excoriierten Hautstellen zur Welt kommen. Nach Weil sollen in den meisten Fällen von Pemphigus syphiliticus auch noch andere specifische Symptome, wie Coryza, Exantheme, Anämie, vorhanden sein.

Obwohl nun die grosse Mehrzahl aller Autoren der Ansicht ist, dass, wenn der Pemphigus in der geschilderten Weise bei Neugeborenen auftritt, er dann als Zeichen der congenitalen Lues gehalten werden muss, giebt es doch auch einige, unter ihnen Soltmann und Zeissl, die behaupten, dass es keinen Pemphigus giebt,

der den Stempel der Syphilis an sich trägt, sondern dass es sich immer nur um eine zufällige Erkrankung an Pemphigus handle. Nach Ersterem kommt es wohl vor, dass die Kinder mit einem pustulösen Syphilid geboren werden, aber die Symptome und der Verlauf desselben sollen trotz der Analogie des elementaren Baues der einzelnen Efflorescenzen weder dem Pemphigus vulgaris noch dem Pemphigus foliaceus entsprechen. Nach Bärensprung und Lewin charakterisiert sich der Pemphigus neonatorum syphiliticus vorzüglich dadurch, dass an der Basis der Blasen sich tiefere Ulcerationen zu bilden pflegen.

Wenn nun schon das Vorkommen eines Pemphigus als Zeichen congenitaler Syphilis nicht ganz unbestritten dasteht — allerdings ist ja die Zahl der Gegner eine so verschwindend kleine, dass sie kaum in Betracht kommt — so ist dieses noch in weit höherem Maasse der Fall beim Pemphigus im Verlauf gewöhnlicher acquirierter Lues. Die Zahl derer, die an die Existenz eines derartigen Pemphigus syphiliticus adultorum glauben, ist sehr gering im Vergleich zu denen, die gegenteiliger Ansicht sind; und es sind ja auch nur sehr wenige Fälle in der Litteratur bekannt, aber diese genügen doch als Beweis für ein, wenn auch äusserst seltenes Vorkommen eines Pemphigus syphiliticus adultorum.

So findet sich z. B. in dem Ricord'schen Atlas der venerischen Erkrankungen die Abbildung eines ganz typischen Falles vor: Eine junge Frau bekommt im Verlauf der secundären Syphilis einen Blasenausschlag an den Fusssohlen, der durch den Gebrauch von Mercurialien bedeutend gebessert wurde und schliesslich ganz schwand, also ohne Zweifel ein Pemphigus war, hervorgerufen durch die syphilitische Erkrankung der Patientin.

Im Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte, Jahr-

gang 1894 erwähnt H. Immermann einen Fall von Pemphigus syphiliticus adultorum, den einzigen, den er in seinem ganzen Leben zu sehen Gelegenheit hatte: Bei einem an constitutioneller Syphilis leidenden Herrn entwickelte sich, ebenso wie in dem Ricord'schen Falle, an den Fussohlen, dann aber auch an den Handtellern ein Pemphigus, der durch eine antisyphilitische Behandlung schnell geheilt wurde.

Bei beiden Fällen bürgt schon der Erfolg der Therapie mit Quecksilberpräparaten dafür, dass es sich unzweifelhaft um einen Pemphigus gehandelt hat, der zu der bestehenden Syphilis in ätiologischer Beziehung stand.

Jedoch nicht bei jedem Pemphigus syphiliticus erzielt man durch Behandlung mit Mercurialien so gute therapeutische Erfolge, in vielen Fällen nützt eine Quecksilbertherapie gar nichts, in manchen tritt gerade das Gegenteil ein, der Zustand der Patienten verschlimmert sich. Erhält man nun bei der Behandlung mit specifischen Mitteln eines an Pemphigus leidenden, zugleich syphilitischen oder vorher syphilitisch gewesenen Patienten ein solches negatives Resultat, ist dieses dann ein Beweis dafür, dass der Pemphigus nicht syphilitischen Ursprungs ist, sondern nur eine zufällige Erkrankung darstellt? Ich glaube nicht, dass man die Diagnose so weit von den Erfolgen der Therapie abhängig machen darf, sondern es bleibt dann, wie in so vielen Fällen, die Ätiologie des Pemphigus höchstens zweifelhaft, keineswegs ist aber ein causales Verhältnis zwischen den beiden Erkrankungen vollständig auszuschliessen.

So erwähnt Ziehl in No. 27 der Deutsch. med. Wochenschrift aus dem Jahre 1884 einen Fall der Heidelberger medicinischen Klinik, den er trotz der gänz-

lich erfolglosen Quecksilberbehandlung doch in Beziehung zur Syphilis zu bringen, für berechtigt hält, weil er mit dem Auftreten von syphilitischen Papeln zusammenfiel. Es handelte sich um eine 29 jährige Frau, die, seit ihrem 20. Jahre verheiratet, bisher stets gesund gewesen war und 4 gesunde Kinder geboren hatte. Die Patientin kam mit einer Stomatitis mercurialis in die Klinik. Hier traten wiederholt Papeln im Gesicht und an andern Körperstellen auf, die trotz der verschiedensten specifischen Behandlung nicht zur Heilung gebracht werden konnten, sondern in Geschwürsbildung übergingen. Lymphdrüsenschwellungen waren an keiner Stelle nachzuweisen. Die Therapie bestand in Decoctum Zittmanni und Quecksilbereinreibungen. Nach einiger Zeit entstanden zunächst rote Flecken auf der Haut, und auf diesen kam es zu wiederholten Ausbrüchen von kleinen und grossen Pemphigus-Blasen. Die Patientin ging schliesslich an der Affection zu Grunde.

Einen anderen Fall von Pemphigus bei einem syphilitischen Mädchen hatte ich auf der Station für Syphilis des Herrn Geheimrat Dr. Lewin im hiesigen Charité-Krankenhause selbst zu beobachten Gelegenheit, und ich will denselben deshalb im folgenden einer näheren Betrachtung unterwerfen:

Frieda Borchardt, ein 18 jähriges Mädchen, wurde am 18. December 1894 in die Charité aufgenommen. Beide Eltern leben und sind gesund. Von Krankheiten derselben weiss Patientin nichts anzugeben. Sie hat einen Bruder und drei Schwestern, von denen eine seit der Geburt an Entropium leidet. Patientin selbst überstand in ihrer Jugend die Masern.

Als Ursache der jetzigen Erkrankung giebt sie Ansteckung auf dem Klosett eines Absteigequartiers in Hamburg an und zwar anfangs 1894. Im März desselben

Jahres will Patientin mit Ausschlag im Munde erkrankt sein und an einer eitrigen Entzündung beider Augen gelitten haben. Da sie ausserdem heiser wurde, begab sie sich in die Poliklinik von Fraenkel, wo Condylomata lata an den Tonsillen und der hinteren Pharynxwand festgestellt wurden. Sie wurde deshalb mit einer Schmiercur (22 Päckchen) behandelt, welche jedoch wegen einer heftigen Stomatitis unterbrochen werden musste.

Am 18. XII. bei ihrer Aufnahme in die Charité zeigten sich die Lippen geschwollen und mit einzelnen schwarzbraunen Borken besetzt. Am Zahnfleisch, besonders an dem Rande der Zahnfläche sah man aashaft riechende, grünliche Schleimhautfetzen. Sie vermochte den Mund nur wenig zu öffnen. Die Nackendrüsen waren mässig geschwollen. Am Rumpf zeigten sich eine Menge Acneknoten. Am Processus xiphoideus befand sich ein flaches, etwa 10 Pfennigstück grosses Geschwür mit scharfen Rändern und mit einer graubraunen Kruste bedeckt.

Die innere Seite der beiden Oberschenkel und die Umgebung der Genitalien war in eine nässende, etwas erhabene rote Fläche verwandelt, nur hier und da befanden sich noch einzelne Inseln von normaler Haut. Die Flecke mussten als Condylomata lata gedeutet werden, die durch zersetztes Secret erodiert waren. Der Hymen war intact, ringförmig, mit einer kleinen Öffnung. Die Leistendrüsen waren ziemlich stark geschwollen, nicht schmerzhaft. An einzelnen Fingern und Zehen war das Nagelbett geschwollen und gerötet, dabei etwas abgehoben.

Einer Quecksilbercur konnte Patientin wegen des Zustandes des Mundes nicht unterworfen werden, und so beschränkte sich die Behandlung auf Gurgeln mit adstringierenden Mundwässern und Pinseln mit Argentum

nitricum. Die ulcerierten breiten Condylome wurden mit Bäder und Einpuderungen behandelt.

Am 27. XII. zeigten sich plötzlich einzelne Blasen auf der Brust, denen in den nächsten Tagen weitere folgten, so dass Ende December fast die ganze Brust, der Rücken und Bauch, die Schultern und Oberarme (besonders an der Ellbogengegend) mit Blasen bedeckt waren. Am Oberschenkel fanden sich auch einige sehr vereinzelte, die Stellen an den Fingern, wo das Nagelbett geschwollen gewesen war, waren gleichfalls in Blasen verwandelt. Die Grösse schwankte von der einer Erbse bis zu der eines Fünfmarkstückes. Die Blase selbst bildete eine einzige Höhle ohne Fächerung. Der Inhalt war klar, leider reichten die gewonnenen Mengen zur chemischen Untersuchung nicht aus, bacteriologisch war dieselbe resultatlos.

Anfangs Januar wurde eine Cur mit Jodkalium eingeleitet, es zeigte sich dabei die überraschende Thatsache, dass keine neuen Blasen entstanden. Die durch Platzen der Blasen entstehenden wunden Flächen waren rötlichgelb und nässten sehr stark, weshalb Patientin in eine Puderschicht von Zincum oxydatum und Stärke gelegt wurde.

Das Jodkalium musste jedoch bald wieder ausgesetzt werden, denn schon nach Gebrauch von 80 g trat bei der Patientin grosse Appetitlosigkeit ein und die Urinsecretion stockte. Dagegen nässten die Wundflächen, insbesondere die auf dem Rücken so stark, dass auf diesem Wege mehr Flüssigkeit als durch die Nieren ausgeschieden wurde. Die Füsse waren ödematös geschwollen. In der geringen Urinmenge zeigte sich eine bedeutende Stickstoff-, besonders Harnsäurevermehrung, jedoch kein Eiweiss. Um die Harnsecretion zu steigern, wurde Liquor Kalii acetici gegeben. Dieses hatte auch

den gewünschten Erfolg, die Urinmenge wurde reichlicher, die ödematöse Schwellung ging zurück und die Secretion der Wundflächen liess nach.

Kurze Zeit nach dem Aussetzen des Jodkalium wurden neue Bläschen von etwa Erbsengrösse auf der Beugeseite der Arme und auf der Brust beobachtet. In der Vernarbung der Wundflächen trat ein Stillstand ein. Es wurde nun statt des Zinkpuders mit Dermatol verbunden, auch Salben wurden angewandt, ohne dass jedoch die Heilung sichtbare Fortschritte gemacht hätte. Die Anwendung von Dauerbädern wurde zwar versucht, aber nicht vertragen, denn Patientin klagte nach $1\frac{1}{2}$ bis 2 stündigem Aufenthalt in denselben über so starke Schwäche und Brennen in den Wunden, dass sie täglich vor dem Verbandwechsel nur zur Abspülung ein Bad von etwa einstündiger Dauer erhielt.

Da Patientin wiederholt über Sehstörungen klagte, wurde auf der Augenstation eine genaue Untersuchung der Augen vorgenommen, ohne dass sich etwas Krankhaftes ergeben hätte. Ebenso erwiesen sich Herz und Lunge vollständig gesund.

In der zweiten Hälfte des Februar wurde deshalb wieder ein Versuch mit der Darreichung von Jodkalium gemacht, und zwar mit demselben günstigen Erfolge, wie bei der ersten Verordnung desselben. Es traten keine neuen Blasen auf und die Vernarbung der alten Wundflächen machte schnelle Fortschritte.

Um den Appetit etwas zu heben, bekam Patientin Condurangowein, dann Extractum fluidum condurango und Extractum strychni; es wurde damit auch eine leidliche Nahrungsaufnahme erreicht.

Die Lippen und das Innere der Mundhöhle waren vollkommen abgeheilt, ebenso war an den Nägeln nichts Abnormes mehr zu bemerken. Die Wunden wurden

wieder wechselnd mit Wismuthpuder und indifferenten Salben verbunden.

Am 25. II. war der Rücken ganz geheilt, nur an den Schultern, den Ellenbeugen, am Brustbein und an der Vorderfläche des Halses waren noch einige wunde Stellen, welche jedoch auch schon in der Mitte einen dünnen Epithelüberzug zeigten und am Rande lebhaft rot gefärbt waren. Die geheilten Flecken waren stark braun pigmentiert, wodurch die Körperoberfläche, insbesondere der Rücken ein eigentümlich scheckiges Aussehen erhielt.

Diese zwar langsame, aber sichere Besserung in dem Befinden sollte leider nur von kurzer Dauer sein, denn in der ersten Hälfte des März erkrankte Patientin plötzlich an einem typischen Influenzaanfall. Die Temperatur, welche mit der Heilung der Wundflächen gesunken war und während der ganzen Krankheitsdauer immer nur zwischen 37,3 und 38,8 geschwankt hatte, stieg jetzt an und zeigte stärkere Remissionen, die Curve bewegte sich zwischen 36,2 und 39,8. Es trat vollkommene Appetitlosigkeit ein, welche sich durch keine Medicamente bekämpfen liess, trotz aller Mühe war es nicht möglich, der Patientin per os etwas anderes, als Wein einzuflössen. Es wurden deshalb täglich zweimal Nährklystiere verabreicht, aber auch so nahm die Schwäche immer mehr zu, die Pulsfrequenz wurde immer grösser, sie stieg bis auf 150 und mehr Schläge in der Minute. Dazu stellten sich Stiche in der Brust, Husten und Auswurf ein; die Untersuchung der Lunge, soweit dieselbe überhaupt möglich war, ergab weit verbreitete mittel- und grossblasige Rasselgeräusche, aber keine Dämpfung. Die Herzdämpfung war nicht vergrössert, die Töne waren anscheinend rein (wegen der ungeheuren Pulsfrequenz war die Auscultation sehr schwierig). Die zunehmende Schwäche der Patientin war der Grund da-

für, dass die Bäder von jetzt an wieder ausgesetzt wurden, statt dessen wurde sie in grosse mit dünnem Mull überzogene Mooskissen gepackt, nachdem die Wunden vorher mit Dermatol eingestäubt waren. Unter diesem Verbande hatten die Wundflächen stets ein sauberes Aussehen.

Trotz aller gereichten Analeptica (Äther, Kampfer etc.) nahm die Herzschwäche immer mehr zu, der Puls war kaum zu zählen, dabei flatternd, und so erfolgte am 20. III. der Exitus letalis.

Der Sectionsbefund ist folgender:

Sehr magere weibliche Leiche mit zahlreichen Geschwüren. Die Substanzverluste sind unregelmässig, teils rundlich, teils länglich und erstrecken sich bis in die Cutis hinein. Der Geschwürsgrund uneben rötlich, teils mehr grau. In der Umgebung der Geschwüre und an einigen anderen Stellen ist die Haut fleckig bräunlich pigmentiert.

Das Herz ist schlaff, gelblich, an der Vorhofsfläche der Mitralis finden sich Verrucositäten.

Die Pleura der linken Lunge trocken, mit Fibrin bedeckt, in beiden Lungen pneumonische Kerne, die Bronchien sind etwas erweitert und, wie die Lungen, vielfach missfarben grünlich.

Die Zungenbasis ist an einzelnen Stellen narbig.

Die Harnblase enthält wenig trüben Urin, die Schleimhaut ist blass.

Der Hymen ist erhalten, umgiebt ringförmig den Scheideneingang. Der Uterus ist klein, hart, das Collum flaschenförmig, die Schleimhaut schiefrig. Die Scheide ist glatt, am äusseren Muttermunde finden sich Granular-Erosionen. Ovarien gross, mit einzelnen Cysten. Die äusseren Genitalien sind pigmentiert, sonst unverändert; ebenso das Rectum.

Die Milz ist klein und braunrot gefärbt.

Die Leber ist vergrössert, fettreich und icterisch.

Die linke Niere ist klein, narbig, das Nierenbecken weit. Die rechte Niere gross und stark getrübt.

Magen und Darm sind unverändert.

Diagnose: Pemphigus — Syphilis constitutionalis — Cicatrices renis sinistri et baseos linguae — Bronchopneumonia multiplex — Bronchiectasis cylindrica multiplex — Aspiratio substantiae cibariae.

Wie steht es nun mit der Ätiologie dieses Falles; lässt sich bei demselben etwas Bestimmtes als Ursache der Blaseneruptionen nachweisen?

Die bacteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes war negativ, es wurde kein Mikroorganismus gefunden, der in irgend einer Weise in Beziehung zu der Erkrankung gebracht werden konnte. Wundern dürfen wir uns über dieses negative Resultat nicht, denn es ist ja bis jetzt in keinem von Löffler und anderen Forschern bacteriologisch untersuchten Fällen gelungen, für Pemphigus pathogene Organismen nachzuweisen.

Auch eine hereditäre Disposition, die, wie uns der oben mitgeteilte Fall von Kaposi deutlich zeigt, zuweilen Ursache des Pemphigus ist, kommt in unserem Falle nicht in Betracht, denn in der ganzen Familie der Patientin ist, soweit dieses durch die Anamnese festgestellt werden konnte, nie ein derartiger oder ähnlicher Blasenausschlag vorgekommen.

Eine Infectionskrankheit, nach denen ja Pemphigus zuweilen secundär auftritt, ist nicht vorhergegangen. Patientin hat ja allerdings in ihrer frühesten Jugend die Masern durchgemacht und vielleicht auch noch andere Infectionskrankheiten, über die die Anamnese nicht berichtet, aber diese können doch unmöglich zu einem Pemphigus in ätiologischer Beziehung stehen, der mehr

wie anderthalb Jahrzehnte später erscheint; wenigstens ist bis jetzt ein derartiger Fall in der Litteratur nicht bekannt.

Was das Nervensystem betrifft, dessen verschiedenste Erkrankungen ja häufig von Pemphigus begleitet sind, so muss dieses bei unserer Patientin als vollständig normal und gesund bezeichnet werden, wie auch in der Familie nach Aussage der Kranken nie Nervenkrankheiten vorgekommen sind. Die Blasen waren auch vollständig unregelmässig über den ganzen Körper verteilt, sie befanden sich weder nur auf einer Seite, noch folgten sie dem Verlaufe bestimmter Nerven, wie solches bei Läsionen derselben beobachtet wird. Wie zu Lebzeiten der Patientin die Untersuchung, so hat auch die nachherige Section keine pathologischen Veränderungen weder in den Centralorganen noch in den peripheren Nerven nachweisen können.

Da wir bei unserer Kranken nach dem Sectionsbefund eine Stoffwechselkrankheit ebenfalls ausschliessen können, so bliebe nur noch die bestehende Syphilis übrig, die vielleicht in ätiologische Beziehung zu dem Pemphigus gebracht werden könnte; und in der That möchte ich in unserem Falle einen typischen Pemphigus syphiliticus annehmen. Man muss in der Stellung dieser Diagnose sehr vorsichtig sein, da diese Form des Pemphigus bei Erwachsenen nur äusserst selten zur Beobachtung kommt; in 20jähriger Praxis sah der an Erfahrung reiche Zeissl nur einen einzigen derartigen Fall.

Syphilis hat bei unserer Patientin gegen allen Zweifel bestanden, das beweisen die Erscheinungen und Symptome zu Lebzeiten und der Sectionsbefund. Aber nun könnte ja auch der Pemphigus sich nur ganz zufällig ohne inneren Zusammenhang zu der vorhandenen syphilitischen Erkrankung hinzugesellt haben; aber dann

würde doch wahrscheinlich die eingeleitete antisyphilitische Cur mit Jodkalium nicht einen so eclatant in die Augen springenden Erfolg gehabt haben. Wir waren ganz überrascht von dem günstigen Resultat dieser Cur, denn von da an zeigten sich keine neuen Blasen mehr und die schon vorhandenen Wundflächen wurden zusehends kleiner. Was kein anderes angewandtes Medicament vermocht hatte, leistete das Jodkalium. Aber leider musste es wegen seiner schädlichen Wirkung auf die Magen- und Darmschleimhaut, als deren Folge sich Appetitlosigkeit einstellte, bald wieder ausgesetzt werden, und da erschienen auch wieder neue Blasen, und die Heilung der Wundflächen schritt nicht weiter vor. Nach einiger Zeit wurde dann eine zweite Jodkalium-Cur begonnen und wieder derselbe Erfolg: Keine neuen Blasen und schnelle Heilung der alten Wundflächen, so dass schliesslich nur noch wenige Blasen und vereinzelte wunde Stellen am Körper zu sehen waren. Ich glaube nicht, zu weit zu gehen, wenn ich behaupte, dass es sicherlich gelungen wäre, unter fortgesetzter Jodkaliumbehandlung die Kranke vollständig zu heilen, wenn nicht schliesslich ein schwerer Influenza-Anfall dem Leben unserer Patientin ein jähes Ende bereitet hätte.

Wenn es auch in der überwiegenden Mehrzahl von Pemphigusfällen äusserst schwierig ist, sagen zu können, das und nichts anderes ist die Ursache der Erkrankung, so glaube ich doch in unserem Falle mit ziemlicher Bestimmtheit die Syphilis als Entstehungsursache angeben zu können.

Zum Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Medizinalrat, Professor Dr. Lewin für die Überlassung des Materials, sowie Herrn Stabsarzt Dr. Grässner für die mir gütigst gewährte Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Lesser, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Archiv für Dermatologie und Syphilis (Bd. 26 u. 30).
Eulenburg, Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde.
Kaposi, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Virchow, Archiv (Bd. 40. u. 94).
Deutsche med. Wochenschrift 1884, No. 27.
Archiv für Dermatologie 1869.

Thesen.

I.

Bei Behandlung der Syphilis ist die subcutane Sublimatinjectionscur vorteilhafter als die Inunctionscur.

II.

Bei Fracturen der unteren Extremität ist die Behandlung mit einem Gypsverband in ruhiger Bettlage der ambulanten Behandlung vorzuziehen.

III.

Ein sicher diagnosticierter Ovarialtumor indiciert die Laparotomie.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Max Friedrich Broelemann, Sohn des prakt. Arztes Dr. Broelemann, evangelischer Confession, wurde am 1. August 1870 in Hoerde, Kreis Hoerde, Provinz Westfalen, geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf der höheren Bürgerschule zu Hoerde und auf dem Gymnasium zu Dortmund, welches er zu Ostern 1891 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 28. März desselben Jahres wurde er als Studierender in die medicinisch-chirurgische Akademie für das Militär aufgenommen. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April bis 1. October 1891 bei der 2. Compagnie des Kaiser Alexander Garde-Grenadier-Regiments No. 1. Am 5. Mai 1893 bestand er die ärztliche Vorprüfung und am 8. Februar 1895 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

v. Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Dilthey, Engler, Ewald, Fränkel, Fritsch, Gerhardt, Goldscheider, Gurlt, Gusserow, Hartmann (†), Hertwig, Hirsch (†), v. Hofmann (†), Jolly, Israel, Köhler, Köppen, Kundt (†), Lewin, Leyden, Liebreich, Olshausen, Oppenheim, Rubner, Salkowsky, Schulze, Schweigger, Schwendener, Strassmann, Virchow, Waldeyer.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.